

闽西南地区药师处方审核能力培训班招生简章

国家卫健委、国家中医药管理局等部门印发《医疗机构处方审核规范》（国卫办医发〔2018〕14号），明确药师为审方第一责任人。为及时有效提高医院药师处方审核能力和医院合理用药水平，满足当前医疗行业对药师技术提升转型的需求，厦门市医学会、厦门市药学会联合主办的药师处方审核能力培训班将在近期开班。

通过项目培训，使医疗机构一线药师掌握处方审核的重要要素，提高审方能力，发现存在或潜在的用药问题；搭建区内药师学习交流平台，分享在审方过程中的经验及常见问题，补充药师审方所必须掌握的临床知识，培养临床思维，提高药师的药学服务水平和临床实践能力；鼓励更多药师参与到药师审方、合理用药监控队伍中来，发挥药师专业化技术服务作用，保障患者的用药安全、有效。具体招生事宜通知如下：

一、学员条件：

1、该期培训学习班主要面向全区范围内二级及二级以上医疗机构在岗药师招生，优先录取医疗机构推荐的药学骨干人员。

2、具有药师（含）以上资格，热爱药学事业，熟悉医院药学岗位流程，具有良好的职业道德和业务素质，从事调剂工作满3年的一线医院药学工作者。高等医药院校药学全日制本科毕业及以上学历者优先。

二、招生学制和名额：培训班学制为 2 天，利用周末业余时间培训，招收学员 150-200 名，经资格审核后，择优录取结果将于 2021 年 9 月 30 日前通知到本人。

三、培训时间：本期培训班采取理论学习方式，培训时间为 2021 年 10 月 16 日-17 日。

四、培训内容（理论课共计 17 个学时，不含考核时间）：

- （1）处方审核基本要素
- （2）文献检索工具及应用
- （3）超说明书用药处方审核要点
- （4）妊娠哺乳期用药处方审核要点
- （5）糖尿病药物处方审核要点
- （6）高警示药品处方审核要点
- （7）高血压药物处方审核要点
- （8）审方中的药剂学问题
- （9）抗菌药物处方审核要点
- （10）冠心病药物处方审核要点
- （11）儿科常用药处方审核要点

五、师资队伍：

授课师资外请广东省药学会处方审核能力培训项目团队。

六、考核和结业：

学员按要求全部完成 2 天培训课程并考核合格者，可授予厦门市继续医学教育二类学分 2 分。

七、报名时间：2021年9月1日-9月20日。

八、报名方式：填写《闽西南地区医院药师处方审核能力培训班学员申请表》（见附件，以下简称《申请表》），并经所在单位同意盖章后，扫描后连同 WORD 版一起发至指定邮箱。

九、培训费用：

学员培训费（含学费、培训讲义费、餐费）为 1200 元/人；交通费、住宿费自理。

十、联系方式：

厦门市医学会：黄涛、林楠 0592-2027958

厦门市药学会：林小凤 0592-5280072

指定联系邮箱：xmyaoxh@126.com

附件：

1. 闽西南地区医院药师处方审核能力培训班课程表
2. 闽西南地区医院药师处方审核能力培训班学员申请表



附件 1:

闽西南地区医院药师处方审核能力培训班课程表

日期	授课时间	内 容	学时	授课老师
10 月 16 日	8: 00-9: 00	开班仪式		
	9: 00-10: 00	处方审核基本要素	1	梁丽梅
	10: 00-11: 00	文献检索工具及应用	1	吴新荣
	11: 00-12: 00	超说明书用药处方审核要点	1	邱凯锋
	13: 00-15: 00	妊娠哺乳期药物处方审核要点	2	陈 杰
	15: 00-17: 00	糖尿病药物处方审核要点	2	王 燕
	17: 00-18: 00	高警示药品处方审核要点	1	王景浩
10 月 17 日	8: 00-10: 00	高血压药物处方审核要点	2	刘春霞
	10: 00-12: 00	审方中的药剂学问题	2	郑锦坤
	13: 00-14: 00	抗菌药物处方审核要点	1	吴红卫
	14: 00-16: 00	冠心病药物处方审核要点	2	陈艳芳
	16: 00-18: 00	儿科常用药物处方审核要点	2	曾 平

附件 2:

闽西南地区药师处方审核能力培训班申请表

填表日期: 2021 年 月 日

姓名		性 别		出生 年月		专业职称		大一寸彩照
身份证				工作 年限		政治面貌		
手机号码				邮箱				
选送单位				单位所在城市				
通讯地址及邮编								
科室主任及联系方式								
医院级别	A. 三级医院 B. 二级医院 C. 其他					本人以往是否参加过类似培训		
现岗位	A. 门诊药房 B. 住院药房 C. 静脉配置 D. 药库 E. 审方药师 F. 其他							
最后学历、学校、专业								
工作简历（起至年月）								
从事处方审核工作实践情况								
已发表的论文、著作及科研情况								
选送单位（医院）意见： 签名（盖章）：						培训班录取意见： 签名（盖章）：厦门市药学会		
年 月 日						年 月 日		